КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Россия - США, 2001

ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

«ДОСТУПНОСТЬ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВОХРАНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ АМЕРИКИ

АГЕНТСТВО ПО ПОЛИТИКЕ И ИССЛЕДОВАНИЯМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ПРОЕКТ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА УНИВЕРСИТЕТСКОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ КОРПОРАЦИИ / ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ (США)

QUALITY ASSURANCE PROJECT

Данная публикация является общественным достоянием и может использоваться и воспроизводиться без разрешения трех организаций – создателей, но с соответствующей ссылкой. Работа над данной публикацией была выполнена в рамках контракта № HRN-C-00-96-90013-00, финансируемого Агентством США по международному развитию.

МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННАЯ РОССИЙСКО-АМЕРИКАНСКАЯ КОМИССИЯ ПО ЭКОНОМИЧЕСКОМУ И ТЕХНОЛОГИЧЕСКОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ

ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
«ДОСТУПНОСТЬ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АДМИНИСТРАЦИИ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ЦНИИ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

ПРОЕКТ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА
УНИВЕРСИТЕТСКОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ КОРПОРАЦИИ /
ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ (США)

АГЕНТСТВО США ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ РАЗВИТИЮ

ТУЛЬСКАЯ ОБЛАСТЬ
2001 г.

Предисловие

Разработка данного клинико-организационного руководства была проведена в рамках приоритетного направления деятельности "Доступность качественной медицинской помощи" Комитета по здравоохранению Российско-Американской Межправительственной комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству.

С российской стороны в сотрудничестве принимали участие Министерство здравоохранения Российской Федерации, Центральный научно исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ (ранее НПО Медсоцэкономинформ) и Департамент здравоохранения Администрации Тульской области.

Консультантами с российской стороны выступили представители Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова

Со стороны США работа выполнялась Проектом по управлению качеством Университетской исследовательской корпорации / Центра социальных служб (QAP–URC/CHS) и Агентством по исследованиям в здравоохранении и качеству (AHRQ).

С американской стороны Проект консультировали специалисты Евразийской медицинской образовательной программы (EMEP).

Проект финансировался Агентством США по международному развитию (USAID).

Клиническая проблема:	Артериальная гипертензия
Название документа:	Клинико-организационное руководство для оказания медицинской помощи больным артериальной гипертензией врачом общей практики
Этапы оказания помощи:	Первичная помощь, оказываемая врачом общей практики
Учреждения, использующие руководство:	Департамент здравоохранения администрации Тульской области
	Тульский областной центр медицинской профилактики
	Комитет по здравоохранению и медицинскому страхованию муниципального образования «г. Тула»
	Муниципальная больница №1 г. Тула
	Блок врача общей практики муниципальной больницы №4 г. Тула
	Комитет по здравоохранению муниципального образования «г. Новомосковск и Новомосковский район»
	Поликлиники №1 и №3 г. ММУ «Новомосковская городская больница»
	Гремячевская сельская участковая больница
	Центр медицинской профилактики и реабилитации
	Станция скорой медицинской помощи
	Управление здравоохранения муниципального образования «г. Алексин и Алексинский район»
	Блоки врачей общей практики №1 и №4 районной больницы им. Проф. Снегирева
Этап проекта:	После ре-дизайна (изменения) системы
Дата создания:	28 июля 1999 г.
Дата внесения изменений:	2001 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Руководители здравоохранения, медицинские работники и консультанты, принимавшие участие в разработке клинико-организационного руководства 1

1.1 Разработчики руководства 1

1.2 Команда поддержки разработки руководства (организационные и клинические вопросы) 2

1.3 Руководители, оказавшие поддержку в проведении работы 3

2. Список сокращений 4

3. Определения 5

4. Введение 6

4.1 Общие положения 6

4.2 Цель разработки и внедрения руководства 6

4.3 Методика разработки руководства 7

4.4 Предназначение и область применения руководства 9

4.4.1 Клиническое описание предмета руководства 9

4.4.2 Целевые группы - для кого применимо руководство, и в каких случаях 12

4.4.3 Кто использует руководство 12

4.4.4 Ожидаемые результаты применения клинико-организационного руководства 12

4.5 Структура и принципы построения и использования руководства 12

5. Организация медицинской помощи в целом по руководству 13

5.1 Общий алгоритм помощи ВОП больным АГ 13

5.2 Описание этапов процесса оказания медицинской помощи 13

5.3 Обеспечение этапов медицинской помощи 15

5.3.1 Персонал 15

5.3.2 Медикаменты 15

5.3.3 Оборудование 15

6. Технология медицинской помощи на каждом этапе 16

6.1 Скрининг АГ 16

6.1.1 Объект, задачи и ожидаемые результаты скрининга 16

6.1.2 Обеспечение проведения скрининга 16

6.1.3 Алгоритм проведения скрининга 17

6.1.4 Обязанности ВОП и медсестры по выявлению и регистрации больных АГ: 17

6.2 Взятие на диспансерный учет больных АГ 17

6.2.1 Цель и ожидаемые результаты этапа 17

6.2.2 Контрольная карта больного с АГ. Ведение контрольных карт и картотеки 19

6.3 Программа укрепления здоровья больных АГ 19
6.3.1 Цель и ожидаемые результаты этапа 19
6.3.2 Обеспечение Программы укрепления здоровья больных АГ 19
6.3.3 Алгоритм осуществления Программы 22
6.3.4 Критерии начала медикаментозного лечения 22
6.4 Диагностическое обследование 22
6.4.1 Цель и ожидаемые результаты этапа 22
6.4.2 Обеспечение этапа 22
6.4.3 Алгоритм проведения диагностического обследования 23
6.5 Лечение 23
6.5.1 Цель и ожидаемые результаты этапа 23
6.5.2 Обеспечение этапа 23
6.5.3 Алгоритм лечения больных АГ 24
6.5.4 Критерии перехода к динамическому наблюдению 33
6.6 Динамическое наблюдение больных АГ 33
6.6.1 Цель и ожидаемые результаты этапа 33
6.6.2 Обеспечение этапа 33
6.6.3 Алгоритм осуществления динамического наблюдения 33
6.6.4 Критерии госпитализации 34
Приложение 1. Контрольная карта наблюдения больного с артериальной гипертензией (АГ) 35

1. Руководители здравоохранения, медицинские работники и консультанты, принимавшие участие в разработке клинико-организационного руководства

1.1 Разработчики руководства

Координационный комитет

Черниенко Елена Ивановна, к.м.н., заслуженный врач РФ – директор Департамента здравоохранения (ДЗ) Администрации Тульской области

Мельников Виктор Александрович – Директор ДЗ Администрации Тульской области

Цкипури Юрий Иванович, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ – главный врач муниципальной больницы №1 г. Тулы, Заведующий Кафедрой Функцнональной и инструментальной Диагностики ФУВ Российского государственного медицинского университета на базе клинико-диагностого Отделения Тульской Областной Больници

Акимова Наталья Козьминична – заместитель главного врача муниципальной больницы №1 г. Тулы, врач высшей категории

Макаренков Александр Михайлович – заместитель председателя Комитета по здравоохранению муниципального образования «г. Новомосковск и Новомосковский район», врач высшей категории

Которова Лидия Николаевна – главный врач Тульского областного центра медицинской профилактики, врач высшей категории

Баранова Надежда Петровна – первый заместитель начальника Управления здравоохранением муниципального образования «г. Алексин и Алексинский район», врач высшей категории

г. Тула:

Черных Наталия Степановна – заведующая терапевтическим поликлиническим отделением муниципальной больницы №1 г. Тулы, врач высшей категории

Трубина Алевтина Павловна – заведующая кардиологическим отделением Тульской областной больницы (ТОБ), областной кардиолог, врач высшей категории

Васюкова Галина Андреевна – заведующая нефрологическим отделением ТОБ, областной нефролог, врач высшей категории

Мытарева Анна Михайловна – врач общей практики поликлиники муниципальной больницы № 1 г. Тулы, врач высшей категории

Берберфиш Людмила Давыдовна – врач общей практики поликлиники муниципальной больницы № 1 г. Тулы, врач первой категории

Пульгуй Павел Викторович – врач общей практики поликлиники муниципальной больницы № 1, Врач первой категории

Сафронова Надежда Александровна – врач общей практики поликлиники муниципальной больницы № 1 г. Тулы, Врач первой категории

Титкова Татьяна Афанасьевна – врач общей практики поликлиники муниципальной больницы № 1 г. Тулы, Врач высшей категории

г. Новомосковск:

Чугуева Ольга Георгиевна – врач общей практики поликлиники №3 Новомосковской городской больницы, врач первой категории

Бекетова Ольга Дмитриевна – заведующая терапевтическим отделением поликлиники №1 Новомосковской городской больницы, врач высшей категории

Дриго Майя Ивановна, к.м.н., Заслуженный врач РФ – главный врач Гремячевской сельской участковой больницы

Гатилова Маргарита Алексеевна – врач общей практики Гремячевской участковой сельской больницы

Исраилова Татьяна Анатольевна – главный врач Центра медицинской профилактики и реабилитации г. Новомосковск

Курышкин Виктор Георгиевич – главный врач станции скорой медицинской помощи г. Новомосковск

Мацкова Елена Ивановна – врач общей практики поликлиники №1 ММУ «Новомосковская городская больница»

г. Алексин:

Гакова Лидия Алексеевна – врач общей практики районной больницы им. профессора Снегирева, врач высшей категории

Проскурнина Валентина Александровна – врач общей практики районной больницы имени профессора Снегирева, врач высшей категории

Команда Программы укрепления здоровья больных АГ:

Кузнецова Вера Петровна – заведующая отделом медицинской профилактики областного Центра медицинской профилактики, врач высшей категории

Баранова Олимпиада Ивановна – врач общей практики муниципальной больницы №4 г. Тулы, врач высшей категории

Михайловский Виктор Викторович – врач-психотерапевт

1.2 Команда поддержки разработки руководства (организационные и клинические вопросы)

Мельников Виктор Александрович – кординатор проекта (Тула), Директор Департамента здравоохранения Администрации Тульской области

Короткова Анна Владимировна, к.м.н. – Директор проекта (Москва), руководитель Научно-методического центра по управлению качеством, ЦНИИОИЗ МЗ РФ

Рашад Массуд (Rashad Massoud), MD, MPH – Исполнительный директор Проекта (США), QAP-URC/CHS

Рей Мюррей (Ray Murray), MD – эксперт по АГ консультант, Евразийская медицинская образовательная программа, США, Вашингтон

Дон Леон (Don Leon), MD – эксперт по АГ консультант, Евразийская медицинская образовательная ассоциация (EMEP), США, Вашингтон

Брюс Лойд (Bruce Lloyd), MD – эксперт по АГ консультант, Евразийская медицинская образовательная ассоциация (EMEP), США, Вашингтон

Ричард Гудман (Richard Goodman) – эксперт по АГ консультант, Евразийская медицинская образовательная ассоциация (EMEP), США, Вашингтон

Балкаров Игорь Михайлович, к.м.н. – доцент кафедры терапии и профессиональных болезней ММА им. И. М.Сеченова

Катерина МакАулэй (Catherine MacAulay), RN, MPH – старший советник по обеспечению качества, QAP-URC\CHS

Джоли Рейнке (Jolee Reinke) – RN, MPH, Директор программы обучения, QAP-URC\CHS

Елена Анатольевна Платонова – магистр, переводчик QAP-URS/CHS

Георгий Григорьевич Пигнастый – переводчик QAP-URS/CHS

Олег Борисович Кербиков – технический координатор проекта QAP-URS/CHS

Конни Лира, бакалавр – координатор проекта QAP-URS/CHS

Ребекка Хейдеман, бакалавр, магистр – координатор проекта QAP-URS/CHS

Ирина Гарниковна Лабовская – ординатор отделения сердечно–сосудистой хирургии Российского кардиологического научного центра

Ирина Крюкова – переводчик QAP-URS/CHS

Виктор Викторович Гаврилов – переводчик

Ким Этьер, бакалавр, магистр – координатор проекта QAP-URS/CHS

Наталья Владимировна Сурова – Администратор проекта в России QAP-URC/CHS

1.3 Руководители, оказавшие поддержку в проведении работы

Стародубов Владимир Иванович, д.м.н. профессор, член–корреспондент РАМН – директор ЦНИИОИЗ МЗ РФ

Джон Айзенберг (John Eisenberg), M.D. – администратор, Агентство по исследования в здравоохранении и качеству (AHRQ)

Комаров Юрий Михайлович, д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки РФ, член–корреспондент Академии естественных наук

Денисов Игорь Николаевич, академик РАМН – проректор ММА им. И.М. Сеченова

Дебора Квинан (Deborah Queenan) – руководитель международного отдела, AHRQ

Грег Мейер (Gregg Meyer), MD, MPH – руководитель центра по управлению качеством, AHRQ

Эдвард Бургер (Ed Burger), J.D., MD, Sc.D. – Медицинский директор, Евразийская медицинская образовательная программа

Ричард Фарме (Richard Farmer), MD – Медицинский директор, Евразийская медицинская образовательная программа (EMEP)

Конни Каррино (Connie Carrino) – руководитель отдела преобразований в социальном секторе, USAID

Кэрри Пелзман (Kerry Pelzman) – руководитель отделения программ здоровья, USAID

Дэвид Николас (David Nicholas), MD – Директор QAP – URC/CHS

Гурвич Елена Борисовна, д.м.н. – менеджер проекта по улучшению качества медицинской помощи, USAID

2. Список сокращений

АГ артериальная гипертензия

АВ атривентрикулярная блокада

АД артериальное давление

АПФ ангиотензин – превращающий фермент

ВОЗ Всемирная организация здравоохранения

ВОП врач общей практики

ГКМП гипертрофическая кардиомиопатия

ДАД диастолическое артериальное давление

ЗОЖ здоровой образ жизни

ИБС ишемическая болезнь сердца

ИМ инфаркт миокарда

ЛЖ левый желудочек

ЛПУ лечебно-профилактическое учреждение

МОАГ Международная ассоциация артериальной гипертензии

ОИМ острый инфаркт миокарда

УК управление качеством

ОНМК острое нарушение мозгового кровообращения

РКТ рентгено–компьютерная томография

САД систолическое артериальное давление

СН сердечная недостаточность

ССЗ сердечно-сосудистые заболевания

СССУ синдром слабости синусного узла

УЗИ ультразвуковое исследование

ФВ фракция выброса

ХНЗЛ хронические неспецифические заболевания легких

ХОЛЗ хронические обструктивные легочные заболевания

ЦНС центральная нервная система

ЧСС частота сердечных сокращений

ЭКГ электрокардиограмма

3. Определения

АГ – артериальная гипертензия – это уровень АД равный или выше 140/90 мм рт. ст. не менее чем в случае трех раз при измерениях в течение двух месяцев

АГ мягкая – САД 140-159 мм рт. ст. , ДАД – 90-99 мм рт. ст.

АГ пограничная – САД 140-149, ДАД – 90-99 мм рт. ст.

АГ умеренная – САД 160-179, ДАД 100-109 мм рт. ст.

АГ тяжелая – САД равно и выше 180, ДАД равно или выше 110 мм рт. ст.

Аортография – рентенологическое исследование аорты и её ветвей при введении контрастного вещества в аорту

Аритмия – изменение собственно ритма и темпа сердечных сокращений

ГКМП – гипертрофическая кардиомиопатия - гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции характеризуется равномерным утолщением стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки; размер полости желудочка нормальный или уменьшен. При ГКМП с обструкцией – диффузная гипертрофия левого желудочка сочетается с диспропорциональной гипертрофией верхних двух третей межжелудочковой перегородки, что вызывает субаортальный стеноз аорты и нарушение пути оттока крови левого желудочка (синоним – гипертрофический субаортальный стеноз).

Диабетическая нефропатия – специфическое поражение почек при сахарном диабете, сопровождающееся артериальной гипертензией

Диастолическая дисфункция левого желудочка – нарушение расслабления миокарда левого желудочка в диастоле

Контрольная карта – регистрационная диспансерная карта для больного с установленным диагнозом АГ, отражающая основные этапы диагностики, динамического наблюдения, лечения, оценку результатов наблюдения

Постнагрузка – общее периферическое и внутриаортальное сопротивление

Преднагрузка – параметры, характеризующие венозный возврат крови в сердце, давление в сосудах малого круга кровообращения, давление заполнения левого желудочка

Реноваскулярная АГ – АГ, обусловленная патологией почечных артерий (стеноз, фибромускулярная дисплазия)

Синдром слабости синусового узла – дисфункция синусового узла, клинически проявляющаяся синдромом «тахи-бради».

Синусовая брадикардия – урежение числа сердечных сокращений менее 60 в одну минуту

Систолическая дисфункция ЛЖ – нарушение сократительной функции миокарда левого желудочка

Скрининг – целенаправленное обследование для выявления лиц с определенной патологией. Скрининг артериальной гипертензии – выявление лиц с артериальной гипертензией при обследовании значительного числа лиц.

4. Введение

4.1 Общие положения

Данное клинико-организационное руководство – один из практических результатов демонстрационного проекта по управлению качеством. Руководство описывает клинические и организационные аспекты оказания первичной медицинской помощи врачом общей практики больным АГ. Но очень важно заметить, что данное руководство является неотъемлемой частью всего процесса улучшения качества, который включает:

- Планирование Проекта по улучшению качества
- Определение участников; определение ЛПУ для участия в Проекте и формирование команд
- Обучение теории обеспечения качества, навыкам работы в команде и клиническим аспектам АГ
- Описание существующей системы оказания первичной медицинской помощи больным АГ
- Описание существующей клинической практики лечения АГ врачами общей практики
- Разработка клинико-организационного руководства
- Расширение функциональных и структурных возможностей системы здравоохранения по применению клинико-организационного руководства при оказании первичной медицинской помощи больным АГ
- Создание соответствующего набора индикаторов для осуществления мониторинга изменений
- Апробирование новой системы оказания медицинской помощи и внесение дальнейших изменений, если это необходимо
- Мониторинг индикаторов качества по ходу выполнения проекта

Опыт разработчиков руководства показывает, что единственно лишь разработка клинико-организационных руководств не обязательно приведет к улучшению качества. Улучшение качества включает весь процесс усовершенствований, в том числе – разработку, апробирование, использование и усовершенствование клинико-организационного руководства. Авторы рекомендуют обращать особое внимание на вопросы адаптации, распространения и внедрения клинико-организационного руководства при широкомасштабных мероприятиях по улучшению качества медицинской помощи в повседневной практике.

Содержание руководства соответствует имеющимся данным доказательной медицины на момент разработки этого документа. Руководство отвечает существующим организационным, технологическим, культурным и другим условиям Тульской области, где оно было разработано.

4.2 Цель разработки и внедрения руководства

В структуре причин смертности как в России, так и в Тульской области основной причиной являются сердечно-сосудистые заболевания и, прежде всего, осложнения артериальной гипертензии (АГ) – острый инфаркт миокарда (ОИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Артериальная гипертензия – наиболее частое хроническое заболевание, с которым встречаются врачи в повседневной практике. Распространенность артериальной гипертензии среди взрослого населения Тульской области составляет 27% (оценочная величина). Но число зарегистрированных больных АГ – менее 10% населения!

В связи с различными социальными факторами в настоящее время многие, ранее выявленные больные АГ, не получают адекватной медицинской помощи и, что очень важно, не меняют отношения к своему образу жизни. Многие больные даже не подозревают, что у них есть АГ.

Тульская область – лидер России по внедрению института врачей обшей практики (ВОП) при оказании первичной медицинской помощи. Опыт работы Тульской области и других территорий России убедительно доказал преимущества ВОП по отношению к участковому терапевту. Здесь понимают, что ВОП, основной характеристикой, которого является полная ответственность за прикрепленного пациента, независимо от его (пациента) места нахождения, – единственный, кто может и должен выявить всех больных АГ и оказывать им адекватную лечебно-профилактическую помощь.

Цель разработки клинико-организационного руководства – улучшить организацию и технологию оказания медицинской помощи врачом общей практики больным артериальной гипертензией .

4.3 Методика разработки руководства

Основным требованием к разработке клинико-организационного руководства, принятым разработчиками, было использование данных доказательной медицины. Поэтому, статьи, учебные пособия, публикации и другие источники информации, использованные при создании клинико-организационного руководства, отбирались в соответствии со степенью их доказательности. Эксперты в области клинического содержания руководства обращают особое внимание на этот вопрос.

И это особенно важно для российской системы здравоохранения, у которой были и остаются трудности в получении полной и современной информации. Поэтому, Министерство здравоохранения Российской Федерации в последнее время уделяет большое внимание развитию доказательной медицины и в рамках межправительственного сотрудничества создает в ММА им. И. М. Сеченова Центр доказательной медицины по первичной помощи. Фактически при разработке данного руководства сотрудники создаваемого центра уже приступили к выполнению их задачи – участвовали в подборе доказательной информации для команды разработчиков.

Настоящая работа базируется на принципах непрерывного улучшения качества Пола Баталдена. Этот метод предполагает интеграцию клинических знаний по проблеме со знанием теории улучшения как мощного средства непрерывного улучшения качества в здравоохранении. Клинико-организационное руководство было разработано как неотъемлемая часть и один из результатов проекта по улучшению качества. При этом, были использованы принципы, применяемые в работе проектов по улучшению процессов. Они включают системный подход, работу в команде, сосредоточенность на потребностях пациента и научную методологию познания. Основываясь на этой методике и принципах управления качеством, д-р Рашад Массуд (Проект по управлению качеством Университетской исследовательской корпорации / Центра социальных служб) разработал изначальную методику, использованную и развитую в сотрудничестве с российскими коллегами в этой работе.

Основные этапы данной методики состоят в следующем:

1) изучить существующую систему оказания медицинской помощи

Команда медицинских работников, вовлеченных в обсуждаемый процесс оказания медицинской помощи, подробно разбирает существующие организацию системы и процесс оказания помощи. Члены команды обсуждают и согласовывают свое понимание процесса, и к концу этого этапа

они представляют его в виде подробного алгоритма или нескольких алгоритмов.

2) на каждом этапе процесса оказания медицинской помощи четко определить клинические аспекты процесса

Команда тщательно разбирает процесс оказания медицинской помощи и на каждом этапе четко определяет клиническую составляющую каждого этапа. Клиническое содержание может быть представлено во многих формах: клинические определения, критерии постановки диагноза, алгоритмы принятия решений по различным клиническим вопросам, клинические руководства, и т.д. Описание клинического содержания должно соответствовать этапам, отображенным в построенных на первом этапе алгоритмах. Для этапов, по которым невозможно достичь соглашения о клинической информации по причине ее отсутствия или использования различных критериев разными профессионалами, необходимо это регистрировать.

3) собрать литературные данные доказательной медицины по клинической проблеме

Готовится обзор литературы и материалов доказательной медицины по клиническим аспектам. Затем материалы представляются на семинаре для обсуждения. Члены команды разработчиков совместно с консультантами обсуждают определения, основные понятия, данные доказательной медицины по результатам использования различных клинических технологий в мире. Команда высококвалифицированных консультантов по терапии, кардиологии и организации института врачей общей практики из России и США поддержали эту клиническую часть разработки клинико-организационного руководства. А консультанты по управлению качеством медицинской помощи оказывали поддержку всему процессу разработки клинико-организационного руководства и увязывания клинического и организационного аспектов новой системы оказания медицинской помощи.

4) обновить клиническое содержание руководства в соответствии с новыми знаниями доказательной медицины

Команда проекта возвращается к обсуждению существующих систем и процессов и пересматривает их в свете новых данных, обсужденных на семинаре. Цель данного этапа – решить, какой клинический аспект нуждается в изменении или обновлении, чтобы соответствовать технологиям, обеспечивающим лучшие результаты. Изменения в клиническом содержании обсуждаются и пересматриваются в свете понимания реально существующей системы здравоохранения. Данный этап, возможно, самая трудная часть работы, поскольку она предполагает изменение существующей клинической практики. Именно поэтому очень важно включение в команду всех заинтересованных сторон: врачей общей практики, их медсестер, специалистов поликлиники, диагностического центра, организаторов здравоохранения и руководителей, которые будут отвечать за обеспечение изменений в клинической практике. Команда принимает решение о необходимых изменениях существующей клинической практики. Возможно издание соответствующих инструкций и приказов.

5) внести изменения в систему оказания медицинской помощи для обеспечения возможности выполнения новой клинической технологии

Организация оказания медицинской помощи и ее изменение также пересматривается по мере внесения изменений в клиническую практику. Цель данной работы - изменение существующей системы таким образом, чтобы появилась возможность внедрить в практику новое клиническое содержание. На первый взгляд, этот подход может показаться очень простым. Однако в реальной жизни, в какой степени команда может принять решение о том, что может быть изменено, а что останется без изменений в системе оказания медицинской помощи, представляет гораздо более трудный вопрос. Для решения этого

вопроса требуется проводить постоянные обсуждения и переговоры между членами команды и руководством. К концу данного этапа должны быть разработаны новые алгоритмы с приложениями, описывающими обновленный клинический материал. Возможно издание соответствующих инструкций и приказов.

6) разработать индикаторы для проверки изменений в клинической практике и в системе оказания медицинской помощи

Клинико-организационные руководства вместе с другими составляющими работы являются неотъемлемой частью улучшения качества медицинской помощи. Разработка индикаторов качества представляет одну из частей этого процесса, и позволяет проводить мониторинг изменений процессов и результатов. Как только новые клинико-организационные руководства и система оказания медицинской помощи разработаны, индикаторы разрабатываются таким образом, чтобы они отражали изменения в новой системе оказания медицинской помощи и ее клиническом содержании, помогали контролировать процесс изменений.

4.4 Предназначение и область применения руководства

4.4.1 Клиническое описание предмета руководства

Соглашения и определения по артериальной гипертензии

Диагноз АГ, в первую очередь, определяется повышением артериального давления (АД) более некоторой условной величины. Повышенное кровяное давление, при котором выставляется диагноз АГ, это систолическое артериальное давление (САД) 140 мм рт. ст, или выше, и/ или диастолическое артериальное давление (ДАД) 90 мм рт. ст. или выше. Выделение именно этих уровней АД базируется на данных клинико-эпидемиологических исследований, показавших, что степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений почти в два раза выше у лиц с ДАД свыше 90 мм рт. ст., по сравнению с лицами, у которых ДАД менее 80 мм рт. ст. Также выделяют особую форму – изолированную систолическую АГ у пожилых, т.к. доказано, что и уровни САД также тесно коррелируют с риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

Уровень АД, хотя и является существенным показателем, но недостаточен для оценки тяжести АГ. При построении **классификаций АГ** учитываются:

1. Уровень АД
2. Наличие повреждения органов-мишеней

Этиология при оказании первичной медицинской помощи ВОП больным АГ в соответствие с данным руководством не столь важна, т.к. лечение АГ является не этиологическим, а патогенетическим.

Поскольку риск развития сердечно-сосудистых осложнений неуклонно нарастает с повышением АД, это находит отражение в общепринятых терминах - “мягкая”,“умеренная” и “тяжелая” АГ, которые использованы в Докладе комитета экспертов ВОЗ (1996 г.) и приняты в большинстве европейских стран.

Следует подчеркнуть, что эти термины, особенно “мягкая” гипертензия, характеризуют лишь уровень АД, но не степень тяжести состояния больного.

Несомненный интерес, в том числе и с точки зрения построения стратегии борьбы с АГ, представляет относительная частота распределения у населения различных уровней ДАД. По данным обследования, которое проводилось в домашних условиях, в рамках крупного исследования “Программа по выявлению и наблюдению за артериальной гипертензией” (158906 участников в возрасте от 30 до 69 лет), оказалось, что среди лиц с повышенным АД около 70% имели ДАД в диапазоне от 90 до 99 мм рт. ст., 20% - от 100 до 109 мм рт. ст. и 10% - свыше 110 мм. рт. ст.

Таким образом, почти 90% больных с повышенным АД относятся к группам с мягкой и умеренной АГ. В этой группе больных, ввиду ее многочисленности, и развивается основное число случаев нарушений мозгового кровообращения, других осложнений заболевания. Поэтому проведение лечебно-профилактических мероприятий среди больных с относительно невысоким уровнем АД дает наибольшие клинические и экономические результаты.

Раннее выявление и лечение АГ позволяет предупредить или замедлить развитие органных поражений, которые, в свою очередь, в значительной степени определяют прогноз развития заболевания. Связи между уровнем АД, длительностью АГ и поражениями органов-мишеней не постоянны, и выраженный подъем АД может отмечаться при отсутствии органных поражений, в тоже время у других лиц они выявляются, несмотря на относительно невысокие цифры АД. Сегодня нет никаких сомнений в том, что наличие органных поражений увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений при любом повышенном уровне АД.

Классификация артериальной гипертензии по уровню артериального давления и поражению органов-мишеней (ВОЗ и Международное общество гипертонии, 1999 год)

По уровню АД и пораженным органам-мишеням больные АГ подразделяются на группы, представленные в Табл. 4.1

Для определения **тяжести** органных поражений используется термин **«стадии болезни»,** что отражает прогрессирование болезни (Табл 4.2).

Выявлению, диагностике согласно приведенной классификации, лечению (немедикаментозному и медикаментозному) и реабилитации больных АГ, первичной и вторичной профилактике АГ и посвящено данное руководство.

Таблица 4.1 Классификация АГ по уровню АД и пораженным органам–мишеням

Категория	Систолическое АД	Диастолическое АД
1 степень (мягкая)	140 – 159 мм рт.ст.	90 – 99 мм рт.ст.
2 степень (умеренная)	160 – 179 мм рт.ст.	100 – 109 мм рт.ст.
3 степень (тяжелая)	более 180 мм рт.ст.	Более 110 мм рт.ст.
Изолированная систолическая гипертензия	выше 140 мм рт.ст.	менее 90 мм рт.ст.
С преимущественным поражением: 1. Сердца: ◆ Стенокардия в анамнезе, ◆ ОИМ в анамнезе 2. Сосудов головного мозга: ◆ Гипертензивная энцефалопатия, ◆ Инсульт в анамнезе 3. Поражение почек 4. Наличие патологии эндокринной системы.		

Профилактика и немедикаментозное лечение АГ

Уменьшение воздействия факторов, обусловленных образом жизни пациента, является основой профилактики АГ, эффективным средством снижения АД и предупреждения осложнений. Роль врача общей практики чрезвычайно велика в убеждении пациентов в необходимости соблюдения относительно простых рекомендаций. Частью настоящего клинико-организационного руководства является Программа укрепления здоровья больных артериальной гипертензией. В Программу включены следующие разделы: основные сведения об АГ, рекомендации по

Таблица 4.2 Стадии артериальной гипертензии (по тяжести поражения органов-мишеней):

I стадия:

Отсутствуют проявления поражения сердца, почек, головного мозга; нормальное глазное дно.

II стадия:

Наличие, по крайней мере, одного из следующих органных поражений:

- Гипертрофия левого желудочка, подтвержденная эхо-кардиографией;
- Распространенное или локальное сужение артерий сетчатки;
- Протеинурия и/или небольшое повышение концентрации креатинина плазмы (1,2-2,0 мг/100 мл);
- Ультразвуковые или ангиографические признаки атеро-склеротического поражения сосудов (сонные артерии, аорта, подвздошные и бедренные артерии)

III стадия:

Симптомы и клинические проявления поражения органов-мишеней:

1. Сердце:
   - Стенокардия
   - Инфаркт миокарда
   - Сердечная недостаточность
2. Головной мозг:
   - Инсульт
   - Преходящее нарушение мозгового кровообращения (транзиторный ишемический приступ)
   - Гипертензивная энцефалопатия
   - Сосудистая деменция
3. Почки:
   - Концентрация креатинина плазмы более 2 мг/100 мл
   - Почечная недостаточность
4. Сосуды:
   - Расслаивающая аневризма аорты
   - Клинические проявления окклюзивного поражения периферических артерий
5. Глазное дно:

- Кровоизлияния или экссудаты с отеком диска зрительного нерва или без него

соблюдению принципов здорового образа жизни, принципы немедикаментозного лечения больных АГ. Программа нацелена на выработку у больного мотивации на здоровье.

4.4.2 Целевые группы - для кого применимо руководство, и в каких случаях

Данное руководство применимо для больных артериальной гипертензией (различными формами) на этапе первичной помощи.

Критерий регистрации больных АГ

АГ – артериальная гипертензия – это уровень АД равный или выше 140/90 мм рт. ст. не менее, чем в случае трех раз при измерениях в течение двух месяцев. Больные с выявленной артериальной гипертензией. Согласно этому критерию, в дальнейшем ведутся по данному клинико-организационному руководству.

4.4.3 Кто использует руководство

Руководство предназначено для врачей общей практики, фельдшеров, медсестер ВОП и организаторов здравоохранения.

4.4.4 Ожидаемые результаты применения клинико-организационного руководства

- Создание единого технологического подхода в Тульской области к лечению артериальной гипертензии в первичном звене.
- Увеличение выявляемости больных АГ на ранней стадии болезни.
- Увеличение доли больных АГ, состоящих на диспансерном наблюдении ВОП.
- Улучшение профилактической работы и уменьшение общего числа больных АГ
- Уменьшение числа осложнений АГ
- Улучшение качества оказания медицинской помощи больным АГ врачом общей практики
- Создание единого понимания качества медицинской помощи у всего медицинского персонала
- Повышение эффективности лечения АГ
- Информационное обеспечение процесса оказания медицинской помощи больным АГ.

4.5 Структура и принципы построения и использования руководства

Первые три раздела руководства – списки разработчиков руководства, сокращений и основных определений. Настоящий (4 раздел) посвящен краткому описанию предмета руководства и процессу его разработки. Четвертый раздел позволяет определить, для кого разработано руководство, и каковы ограничения его использования. Для организаторов здравоохранения руководство – отправная точка для принятия решений по улучшению системы оказания медицинской помощи врачами общей практики.

Пятый раздел описывает в целом все этапы оказания медицинской помощи и дает общее представление об организации помощи на всех этапах и об их взаимодействии. Шестой раздел подробно описывает каждый из этапов раздельно и имеет одинаковую структуру всех подразделов.

Приложение включает Контрольную карту больного АГ.

5. Организация медицинской помощи в целом по руководству

5.1 Общий алгоритм помощи ВОП больным АГ

Данное руководство описывает организацию и технологию медицинской помощи больным артериальной гипертензией, оказываемой врачами общей практики. Руководство последовательно охватывает весь процесс оказания медицинской помощи: выявление больных АГ, диагностику АГ (определение степени и стадии АГ), лечение (немедикаментозное и медикаментозное) и профилактику АГ.

Общий алгоритм медицинской помощи ВОП больным АГ представлен на Рис. 5.1.

5.2 Описание этапов процесса оказания медицинской помощи

Настоящее клинико-организационное руководство охватывает следующие этапы оказания медицинской помощи больным АГ:

1. Выявление больных АГ (скрининг)

   Залогом успешного лечения АГ и предотвращения поражения внутренних органов является ее раннее выявление у больных, что вместе со своевременно начатым лечением позволяет предупредить или замедлить развитие органных поражений, что, в свою очередь, в значительной степени определяет прогноз развития болезни. Эффективным методом раннего выявления АГ является скрининг. Одновременно больные АГ выявляются по периодически поступающим данным со скорой помощи.

2. Регистрация больных АГ (взятие на диспансерный учет)

3. Диагностические обследования разных групп больных АГ (в зависимости от стадии болезни, сопутствующих заболеваний и т.д.)

   С помощью скрининга выявляются пациенты с повышенным АД, что является первым этапом процесса диагностики АГ. Для выявленных больных проводится следующий этап диагностики – оценка вовлечения в патологический процесс органов-мишеней и факторов риска. Одновременно определяется тактика лечения, и оно начинается немедленно.

4. Лечение больных АГ (медикаментозное и немедикаментозное)

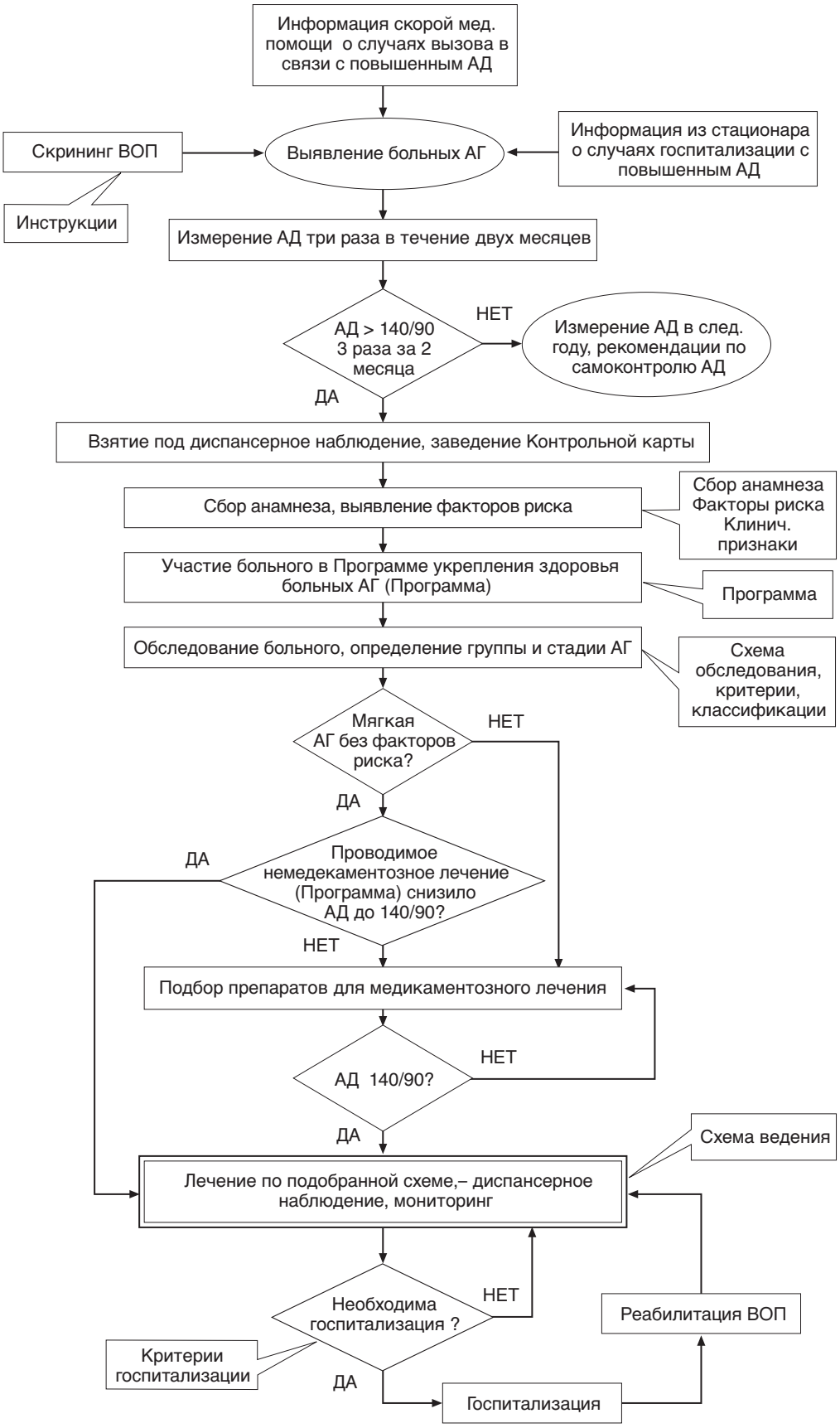
   Конечной целью лечения АГ является снижение риска развития осложнений и связанных с этим заболеваемости и смертности. Доказано, что риск инсультов и ИБС уменьшается по мере снижения как диастолического, так и систолического АД, поэтому лечение АГ должно быть направлено на снижение уровня АД в темпах, переносимых больным, и дальнейшее поддержание его стабильного нормального уровня.

   Обязательным условием является вовлечение больного АГ в Программу укрепления здоровья больных АГ, что дает ему знания по соответствующему изменению стиля жизни и немедикаментозным методам снижения давления.

   При медикаментозном лечении основными группами препаратов являются препараты, не нарушающие углеводный, липидный, пуриновый обмены, не задерживающие в организме жидкость, не угнетающие активность ЦНС. К ним относятся диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, альфа-адреноблокаторы.

   На основании отнесения больного к соответствующей группе риска развития осложнений АГ, при сочетании различных факторов, базируется стратегия лечения АГ. Индивидуальная схема лечения АГ

Рис. 5.1 Общий алгоритм помощи ВОП больным АГ



подбирается с учетом сопутствующих состояний и заболеваний.

При выборе тактики лечения необходимо выделить несколько групп больных в зависимости от уровня ДАД и наличия факторов риска.

Препаратами первого выбора являются диуретики и бета-блокаторы, а при наличии противопоказаний к ним и при наличии сопутствующих заболеваний подбираются препараты других групп.

5. Динамическое (диспансерное) наблюдение

5.3 Обеспечение этапов медицинской помощи

5.3.1 Персонал

Врач общей практики, фельдшер ФАП, медсестра.

При внедрении данного руководства вносились дополнения и изменения в должностную инструкцию врача общей практики:

- проведение скрининга АГ по установленной методике;
- взятие на медицинское наблюдение всех выявленных больных путем заполнения контрольной карты;
- создание картотеки выявленных больных;
- использование настоящего клинико–организационного руководства;
- сбор и анализ информации о лечении больных АГ в других ЛПУ; о вызовах скорой помощи при повышении АД; анализ качества медицинской помощи больным с АГ по разработанным индикаторам;

и медицинской сестры общей практики:

- обязательное соблюдение техники определения АД;
- помощь врачу при заполнении контрольных карт и ведении картотеки.

5.3.2 Медикаменты

Медикаменты, использующиеся для оказания медицинской помощи согласно данному руководству представлены следующими основными группами (Табл 5.1)

5.3.3 Оборудование

Прибор для измерения артериального давления, электрокардиограф, аппарат УЗИ, оборудование для лабораторных анализов, офтальмоскоп.

Таблица 5.1 Список групп и отдельных препаратов, используемых в настоящем руководстве:

Название групп препаратов
1. Диуретики
2. β-адреноблокаторы
3. Антагонисты кальция
4. Ингибиторы фермента, конвертирующего ангиотензин (ИФКА)
5. Ингибиторы рецепторов ангиотензина II
6. α-адреноблокаторы
7. ЦИНТ – (селективный стимулятор имидазолиновых рецепторов)
8. Центральные симпатомиметики
9. Препараты, действующие на периферические симпатические нервные окончания

6. Технология медицинской помощи на каждом этапе

6.1 Скрининг АГ

6.1.1 Объект, задачи и ожидаемые результаты скрининга

Для **выявления** больных АГ среди прикрепленного населения врач общей практики и его медсестра обязаны проводить скрининг.

Цель скрининга АГ – выявить и зарегистрировать лица, у которых на протяжении не менее, чем двух месяцев не менее трех раз было зарегистрировано САД выше 140 мм рт.ст. и/или ДАД выше 90 мм рт.ст.

В течение 11 месяцев календарного года (например, с 1 июля 1999 по 1 июня 2000 года) врачом общей практики или медсестрой измеряется артериальное давление у каждого пациента, независимо от причины его посещения. В оставшемся месяце года отбираются лица, прикрепленные к практике и не посетившие врача ни разу (и, значит, ни разу не измерившие давление). В течение июня ВОП и его сестра должны активно посетить или вызвать на прием таких пациентов и измерить их АД.

В течение всего года должна проводиться информационная поддержка скрининга для информирования населения о важности измерения АД хотя бы один раз в году.

Информационная поддержка проведения скрининга – это информирование населения о существующей проблеме здоровья населения и способах ее разрешения. Информационная поддержка необходима при любом скрининге и может осуществляться в следующих формах:

- Использование средств массовой информации (радио, телевидение, местная пресса)
- Наглядная агитация (листовки и объявления в офисах ВОП, в поликлиниках, местах проживания пациентов, общественных местах – в магазинах, клубах, кинотеатрах, сберкассах, почтах и т.д.)
- Беседы, лекции в ЛПУ и на предприятиях
- Поддержка комитетов общественного самоуправления (органы местного самоуправления муниципальных образований)
- Устное информирование медработниками обратившихся пациентов, знакомых, родственников.

При соблюдении ВОП представленной технологии скрининга к концу года будет **зарегистрировано** подавляющее большинство больных АГ среди прикрепленного населения, и для них будет начата адекватная медицинская помощь. В тоже время, представленная технология реально выполнима с точки зрения возможных нагрузок врачей и медсестер. Активно в скрининг включаются те пациенты, у которых зарегистрировано повышение АД по данным скорой помощи и в выписках из историй болезни больных, госпитализированных по различным причинам.

6.1.2 Обеспечение проведения скрининга

Ресурсное обеспечение

Практика/кабинет ВОП согласно приказу Минздрава РФ имеет в штате одного врача общей практики и двух медсестер. Для выполнения данного руководства практика ВОП должна иметь два современных тонометра достаточной точности, проводить их калибровку с установленной периодичностью. Время для измерения АД при каждом визите должно учитываться в расчетах нагрузки врачей и медсестер.

Методика измерения АД (методическое обеспечение)

- Измерение нужно проводить у пациента, уже в течение 5 минут спокойно сидящего на стуле, откинувшись на его спинку, руки пациента лежат на уровне сердца.

- За тридцать минут до измерения давления пациент должен прекратить курение и потребление кофе.
- Размер манжетки должен соответствовать размеру руки, и она не должна быть слишком свободной или тугой. Использование манжеты меньшего размера приводит к искусственному увеличению АД
- Манжетка накладывается на правую руку в 20 см выше локтя (если нет таких противопоказаний как операция груди, шунтирование и т.д.)
- Наполнение манжетки должно быть выше точки исчезновения пульса на 30 мм. рт. ст.
- Давление в манжетке не должно падать быстрее 2 мм рт. ст. в секунду
- При аускультации должен использоваться колокольчик стетоскопа.
- По возможности следует учитывать фазу V тона Короткова (исчезновение), а не его IV фазу (приглушение).
- Следует практиковать два измерения, разделенные двухминутным интервалом.
- Измерения должны проводиться в одно и тоже время суток в связи с суточными колебаниями давления.
- Если пациент получает лекарства, должно регистрироваться время приема последней дозы
- Всегда регистрируется как систолическое, так и диастолическое давление.

6.1.3 Алгоритм проведения скрининга

Алгоритм проведения скрининга представлен на Рис. 6.1.

6.1.4 Обязанности ВОП и медсестры по выявлению и регистрации больных АГ:

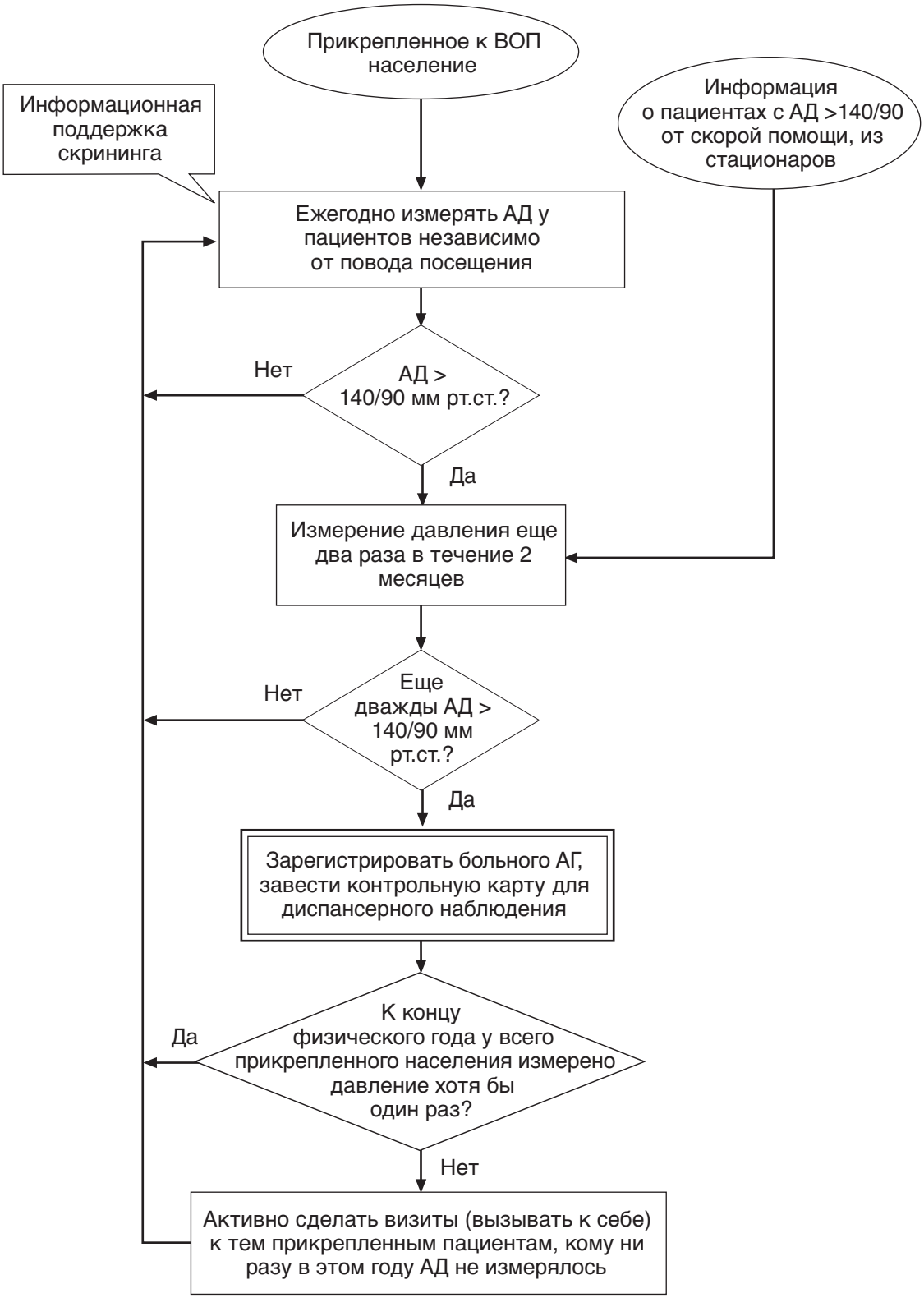
- Обязательно измерять АД у всех пациентов независимо от повода посещения врача (на приеме и на дому). Если зарегистрировано АД, превышающее 140/90 мм рт. ст., то измерить давление этого пациента еще как минимум два раза в течение двух месяцев.
- Периодически (желательно – ежедневно, при плохой связи – раз в неделю) получать информацию из стационара о выписанных больных и со станции скорой помощи о вызовах к больным с гипертоническими кризами или с повышением давления свыше 140/90 мм рт.ст., также измерить давление этих пациентов еще, как минимум, два раза в течение двух месяцев.
- Соблюдать технику измерения АД, предусмотренную инструкцией.
- Взять под медицинское наблюдение всех пациентов, у кого трижды на протяжении двух месяцев зарегистрировано АД, превышающее 140/90 мм рт.ст. путем заполнения контрольной карты (см. приложение 1), уделив особое внимание первой стадии болезни.
- Создать в кабинете картотеку контрольных карт и использовать ее в целях динамического наблюдения за больными АГ.

6.2 Взятие на диспансерный учет больных АГ

6.2.1 Цель и ожидаемые результаты этапа

Целью этапа является регистрация выявленного больного АГ для обеспечения динамического наблюдения в дальнейшем. Результатом этапа будет создание и пополнение картотеки контрольных карт на всех выявленных больных с информацией, полученной при заведении контрольной карты, включая сбор анамнеза, определение факторов риска, клинических признаков и жалоб.

Рис. 6.1 Алгоритм скрининга



6.2.2 Контрольная карта больного с АГ. Ведение контрольных карт и картотеки

Для регистрации и диспансерного наблюдения больных АГ разработана специальная контрольная карта (см. Приложение 1).

Контрольная карта (КК) является принципиально важным элементом в системе медицинского наблюдения за больными АГ, т. к. она способствует качественной работе ВОП по обследованию, лечению и диспансерному наблюдению пациентов, обеспечивает учет больных и отражает важнейшие данные о пациенте и работе врача, позволяет оценивать качество медицинской помощи по утвержденным индикаторам. КК может служить основой для перехода к компьютеризации документации ВОП по АГ. Разрабатывается программа для компьютерной обработки результатов наблюдения больных АГ, что является более эффективным вариантом организации работы ВОП.

КК заполняется на каждого больного с установленным диагнозом АГ. Картотека находится в кабинете ВОП, что позволяет оперативно вносить данные в КК и наблюдать их динамику. Ежемесячно КК анализируются с целью оценки качества медицинской помощи по утвержденным индикаторам и принятия мер по его улучшению.

6.3 Программа укрепления здоровья больных АГ

6.3.1 Цель и ожидаемые результаты этапа

Программа укрепления здоровья больных АГ разработана с целью практического изменения стиля жизни больных АГ с учетом их индивидуальных факторов и обучения немедикаметозным методам лечения АГ. Ожидаемые результаты для больных АГ – отказ от вредных привычек и переход к здоровому образу жизни, навыки применения физических упражнений и аутотренинга для снижения давления, снижение давления до уровня ниже 140/90 мм рт.ст. немедикаментозной терапией в возможных случаях.

6.3.2 Обеспечение Программы укрепления здоровья больных АГ

Для **ресурсного обеспечения** Программы необходимы наглядные материалы, соответствующее выделение и учет рабочего времени ВОП и его медсестры для проведения занятий, особенно, когда они проводятся в нерабочие часы.

Для **методического обеспечения** Программы разработаны два варианта занятий – проводимых ВОП (1 час или 3 часа, см. Таб. 6.1) и областным Центром медицинской профилактики (22 часа, см. Таб. 6.2). Также разработаны методические материалы, которые каждый ВОП и специалисты областного Центра медицинской профилактики могут использовать при подготовке к занятиям.

Содержание Программы укрепления здоровья больных артериальной гипертензией проводимой в кабинете врача общей практики.

Материалы, адаптированные для больных АГ:

1. Что такое артериальная гипертензия? Осложнения АГ - инсульт, инфаркт, кризы.

Кровяное давление - величина силы, которую создает сердце, перекачивая кровь по кровеносным сосудам. При сужении кровеносных сосудов сердце начинает работать с дополнительной нагрузкой. Это и увеличивает кровяное давление человека.

Гипертония – это повышенное кровяное давление 140/90 мм рт. ст. или выше (средний показатель давления у здорового взрослого приблизительно 120/80 мм рт. ст.). Первая цифра называется **систолическим** давлением и показывает уровень давления в артериях, при котором в них вкачивается

Таблица 6.1 Список тем занятия ВОП с больными АГ по Программе укрепления здоровья больных АГ.

Наименование тем занятия
1 Что такое артериальная гипертензия? Осложнения АГ - инсульт, инфаркт, кризы.
2 Обучение методу измерения артериального давления
3 Предупреждение и помощь при гипертонических кризах в домашних условиях. Когда нужно обращаться к врачу?
4 Что приводит к повышению АД и как этого избежать? Немедикаментозные методы лечения и предупреждение АГ.

кровь при каждом сокращении сердца. Вторая цифра называется **диастолическим** давлением и показывает уровень давления в артериях во время паузы между сердечными сокращениями.

АГ – наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, опасное для жизни больного в первую очередь из-за высокого риска развития инсульта, инфаркта. Каждый третий взрослый житель нашей области имеет повышенное артериальное давление.

У многих людей гипертония протекает почти незаметно. Не все гипертоники знают, что они больны.

В прошлом эту болезнь, называли «молчаливым убийцей», 30-40% всех смертей, связаны с последствиями и осложнениями гипертонии.

2. Обучение методу измерения артериального давления.

АД определяется с помощью тонометра.

Измерение АД проводится в положении сидя, через 5 минут покоя.

Необходимо измерять АД на обеих руках. Рука пациента с манжеткой должна располагаться на уровне сердца. С появлением тонов после наполнения манжетки регистрируется систолическое АД, а с их исчезновением – диастолическое АД.

По частоте пульса так же можно судить о подъеме АД.

Общепринятым местом для исследования пульса является лучевая артерия. Рука пациента должна лежать свободно, чтобы напряжение мышц и сухожилий не мешало измерению пульса. Частота пульса в норме колеблется от 60 до 80 ударов в минуту.

Учащенный пульс не редко сопровождает гипертонический криз и требует приема соответствующих препаратов. Редкий пульс (реже 60 ударов в минуту) является противопоказанием для применения бета-блокаторов (анаприлин, обзидан, атенолол).

Измерять АД и пульс **пациенту необходимо регулярно.**

Резкое повышение АД может привести к инсульту и инфаркту миокарда.

3. Предупреждение и помощь при гипертонических кризах в домашних условиях.

Гипертонический криз – это обострение гипертонической болезни и АГ , который возникает внезапно или постепенно с ухудшением общего самочувствия, характеризуется появлением головокружения, головных болей, сопровождаемых тошнотой, рвотой не приносящей облегчения. Если криз не лечить, то может наступить инсульт или инфаркт.

Необходимо срочно измерить АД, если оно высокое, то создать спокойную обстановку, в домашних условиях, уложить больного, принять теплые ножные ванны, принять под

язык 1таблетку клофелина + 1таблетку коринфара (кордафен, нифидипин).

Если через 30 минут АД не снижается, то лечение повторить, но если через следующие 30 минут АД не снизилось, вызывать скорую медицинскую помощь.

4. Что приводит к повышению АД? Немедикаментозные методы лечения и предупреждение АГ

К повышению АД приводят злоупотребление курением, алкоголем, малоподвижный образ жизни

Таблица 6.2 Список занятий в Центре медицинской профилактики по Программе укрепления здоровья больных АГ.

№ п/п занятий	Наименование разделов и тем каждого занятия	Число учебных часов (по видам учебных занятий)			
		Теоретические занятия	Практические занятия	Индивидуальные занятия	Семинары
	I. Образ жизни и здоровье				
1	Цели и задачи “Программы укрепления здоровья пациентов с артериальной гипертензией”. Здоровый образ жизни, методы оценки уровня здоровья	1			
2	Артериальное давление		1		
	II. Основные сведения об АГ				
3	Обучение методам измерения АД и пульса		1		
4	Двигательный режим при АГ	1	1		
5	Лечебная гимнастика при артериальной гипертензии	1	1		
6	Правила медикаментозной терапии. Первая помощь при гипертоническом кризе	2		1	
	III. Основы немедикаментозного лечения АГ				
7	Рефлексотерапия, энергетический самомассаж	1	1		
8	Нетрадиционные подходы в лечении артериальной гипертензии	1	1		
9	Психологические причины АГ	1	1		
10	Аутотренинг		2		
11	Деловая игра “Умеете ли Вы вести здоровый образ жизни?”		2		
12	Круглый стол “Артериальная гипертензия”				2
	Итого:	8	11	1	2
	Всего: 22 часа				

(гиподинамия), злоупотребление солью, повышенный вес, неумение владеть собой при возникновении сложных жизненных ситуаций и в других экстремальных случаях.

К немедикаментозным методам лечения относится:

- увеличение физической активности по рекомендации врача,
- снижение веса достигается специальной диетой. Диета снижает и уровень холестерина крови.
- необходимо ограничить употребление соли, суточный прием которой должен составить не более 5 гр. в сутки.
- бросить курить,
- умение избегать стрессовых ситуаций или выходить из них с меньшими потерями для здоровья.

6.3.3 Алгоритм осуществления Программы

При взятии на диспансерный учет больного АГ врач общей практики договаривается с пациентом об удобном способе, месте и времени посещения им занятия по Программе укрепления здоровья. Рекомендуется создавать группы по 6-8 больных АГ, близкие по возрасту, полу, занятости, по другим факторам и назначать время, удобное для группы. Иногда это могут быть вечерние часы или выходные дни. Занятия по Программе может вести сам ВОП с привлечением своей медсестры. Но если кабинет ВОП находится в поликлинике, то ВОП могут объединиться и разделить между собой занятия в группах пациентов. Рекомендуется проводить занятия по Программе в вечернее время (17^{00}- 18^{00})

Второй вариант Программы рекомендуется для занятий с пациентами на базе областного Центра медицинской профилактики. Программа рассчитана на 12 занятий всего 22 часа. Она должна проводиться не реже двух раз в неделю (вторник, четверг). Рекомендуемое начало занятий в 18^{00}. Но невозможно направить всех больных АГ в центр медицинской профилактики. Поэтому основная нагрузка в проведении Программы лежит на ВОП.

Пока идет обследование больного, и тяжесть его состояния позволяет, занятия по Программе и ее выполнение больным могут быть единственным методом его лечения. Если без лекарственных средств АД больного снизится до 140/90 мм рт.ст. и будет стабильно, то подбор и лечение медикаментами может и не понадобиться. Но больной все равно должен пожизненно оставаться на диспансерном наблюдении ВОП.

6.3.4 Критерии начала медикаментозного лечения

Критерием начала медикаментозного лечения является отсутствие ожидаемой динамики снижения АД до уровня 140/90 мм рт. ст. и/или отсутствие стабильности.

6.4 Диагностическое обследование

6.4.1 Цель и ожидаемые результаты этапа

Цель обследования – определить группу и стадию заболевания, ожидаемый **результат,** соответственно, четкий диагноз в соответствие с классификацией, приведенной в пункте 4.4.1 «Клиническое описание предмета руководства».

6.4.2 Обеспечение этапа

Ресурсное обеспечение – прибор для измерения давления, электрокардиограф, аппарат УЗИ, оборудование для лабораторных анализов, офтальмоскоп. Необходимо обеспечить доступность всех указанных в следующем пункте исследований во время, приемлемое для пациентов.

6.4.3 Алгоритм проведения диагностического обследования

Диагностическое обследование назначается при взятии на диспансерный учет и проводится амбулаторно, если нет показаний к срочной госпитализации. Объемы исследований должны четко соответствовать приведенной ниже схеме. Строгие исследования доказали, что назначение исследований сверх указанных в схеме – означает неэффективное использование ресурсов и не приводит к лучшим результатам. Если состояние пациента требует, то обследование проводится параллельно с подбором лекарственной терапии. Это существенное отличие от старых подходов, когда лечение не назначалось до проведения полного обследования (преимущественно – в стационаре)!

6.5 Лечение

6.5.1 Цель и ожидаемые результаты этапа

Основной целью данного этапа является снижение артериального давления до уровня ниже 140/90 мм рт.ст., в темпе переносимом больным, и дальнейшее поддержание АД на нормальном уровне. Ожидаемыми результатами, соответственно, является устойчивое нормальное АД у пациентов.

6.5.2 Обеспечение этапа

Ресурсное обеспечение – врач общей практики и его медсестра (надо иметь в виду, что при точном соблюдении руководства, значительно возрастет число визитов

Таблица 6.3 Объем необходимых обследований для различных групп больных АГ.

I группа: Мягкая АГ (включая пограничную АГ):
◆ Анализ мочи общий
◆ ЭКГ
II группа: Умеренная и тяжелая АГ:
◆ Анализ мочи общий
◆ ЭКГ
◆ Осмотр глазного дна
◆ Липиды крови
◆ Глюкоза крови
◆ ЭХО-кардиограмма
Обследования по показаниям:
При изменениях в анализах мочи:
◆ УЗИ почек
◆ Креатинин, мочевина крови
При подозрении на патологию надпочечников (тяжелая АГ):
◆ УЗИ и РКТ надпочечников
◆ Электролиты крови
При подозрении на реноваскулярную гипертензию (тяжелая АГ):
◆ Аортография

больных АГ, и врач, фельдшер и медсестра будут тратить дополнительное время на измерение АД при каждом визите).

В **оснащении** кабинета ВОП – ростомер и весы, и в распоряжении и врача и медсестры – точно прокалиброванные тонометры.

Обеспечение данного этапа включает в себя и медикаменты, применяющиеся для снижения и поддержания нормального АД пациентов.

Это препараты следующих групп: b-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, a-адреноблокаторы.

6.5.3 Алгоритм лечения больных АГ

Этапность лечения больных АГ

При подборе схемы лечения начинают с одного препарата в минимальной дозе, и одновременно с терапией, проводят мониторинг состояния больного. В зависимости от группы назначенного гипотензивного препарата эффект может проявиться или сразу в течение первых же суток или же через определенный период. В течение всего этого времени необходимо осуществлять периодическое измерение уровня артериального давления (как в кабинете врача общей практики, так и самостоятельно больным). Значения уровня АД должны быть занесены в контрольную карту. Таким образом, оценивается эффект действия применяемого препарата. При его отсутствии, незначительности или сильных побочных эффектах следует отказаться от применения данного препарата, но при наличии эффекта снижения АД необходимо либо продолжать подбирать дозу, обеспечивающую необходимый результат, либо добавить второй препарат. На рисунке 6.2 представлен алгоритм последовательного подбора препаратов и их сочетаний. В таблице 6.4 отмечено, в каких случаях какие препараты включаются в алгоритм подбора в первую, вторую, третью и четвертую очередь.

Рис 6.2 Алгоритм подбора препаратов для лечения АГ врачом общей практики

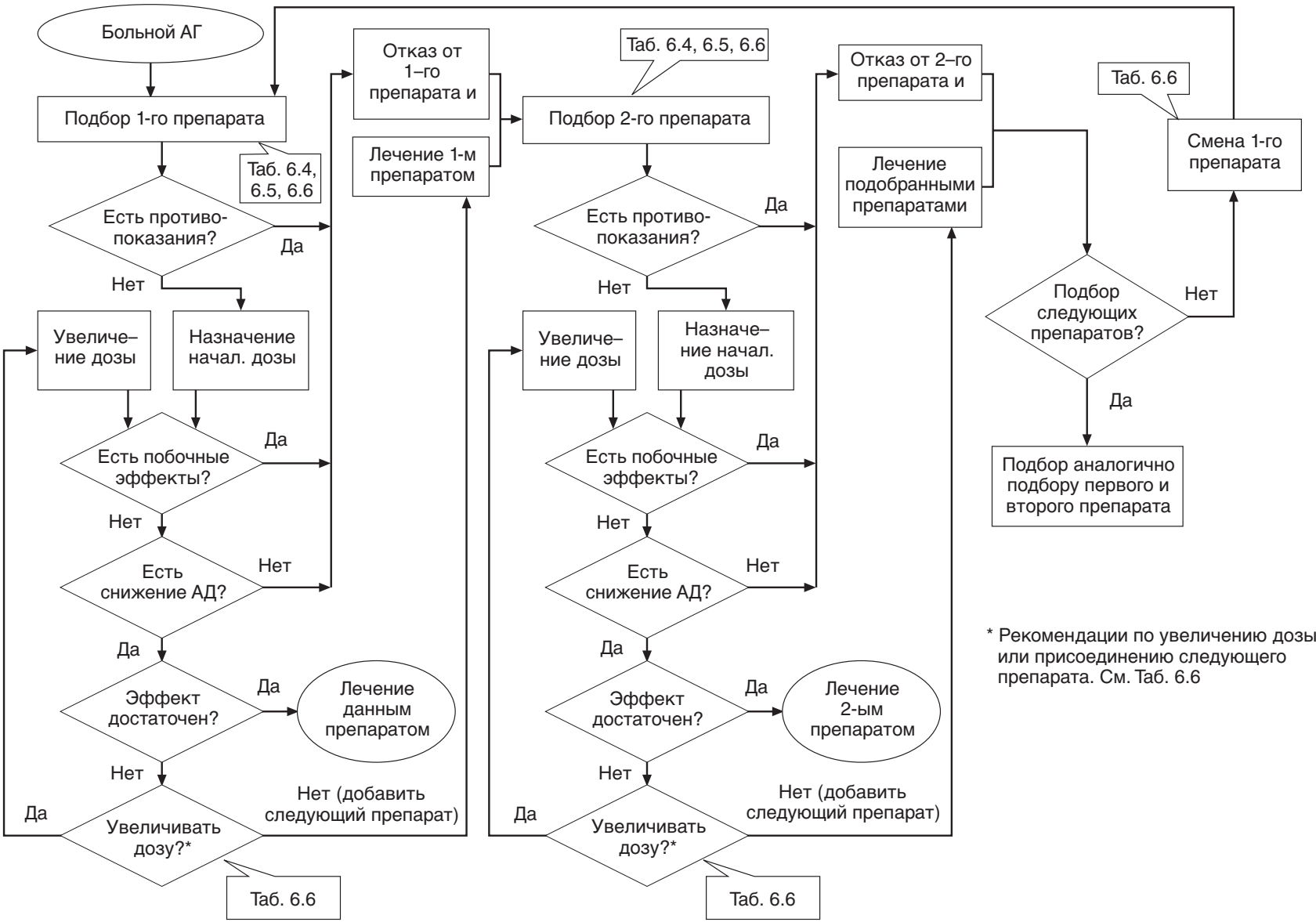


Таблица 6.4 Основная схема подбора препаратов*

Возможные варианты подбора **		β–блокато–ры	Диуретики	Антагонисты Са	Ингибито–ры АПФ	α–блокаторы
I этап						
Если отсутствуют дополнитель–ные факторы и сопутствующие заболевания	вариант1		2		1	
	вариант2				1	
	вариант3	1	2			
При противопоказаниях к β–блокаторам	вариант1		2	1		
	вариант2		2		1	
	вариант3		2			1
При недостаточности/отсутствии эффекта II этап						
	вариант1	1	2			
	вариант2		2	1		
	вариант3		2		1	
	вариант4			1	2	
	вариант5		1			2
	вариант6		1		2	
При недостаточности/отсутствии эффекта III этап						
	вариант1	1	4	3	2	
	вариант2	1	2	4	3	
	вариант3	2	1	4		3
	вариант4	1	2		3	4

* *- цифры в таблице означают порядок последовательного назначения препаратов по степени их значимости для каждого конкретного случая*

** *Для каждого этапа подбора препаратов варианты подбора упорядочены по предпочтительности (вариант 1 – самый предпочтительный).*

Побочное действие препаратов обычно проявляется через определенное время после начала терапевтического эффекта. При проявлении побочного действия препаратов требуется оценить соотношение между терапевтическим и побочным действием лекарственного препарата. Если побочный эффект невелик, то возможно продолжение применения данного средства (обычно в уменьшенной дозировке). При более выраженном побочном действии обычно принимается решение об отмене препарата. При этом в ряде случаев отмену приема лекарственного средства необходимо проводить постепенно во избежание резкого роста АД.

Лечение АГ значительно усложняется при наличии сопутствующих заболеваний. В этом случае значительно ужесточаются требования к подбору схемы лечения. Последовательность включения конкретных препаратов по этому алгоритму зависит от стадии и тяжести АГ и сопутствующих заболеваний. Варианты основных схем подбора препаратов при ряде сопутствующих заболеваний и состояний приведены в таблице 6.5.

Табл. 6.5 Последовательность подбора препаратов при артериальной гипертензии в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний.*

Сопутствующие заболевания	β-блокаторы	Диурети–ки	Антагонисты кальция		Ингиби-торы АПФ	α-блокато–ры
			ДГП[1]	Осталь–ные[2]		
Ишемическая болезнь сердца	1			3	2	
Синусовая брадикардия		1	2		3	
Мерцание предсердия	1			2	3	
Мерцание предсердия, синдром WPW	1	3			2	
Синдром тахибрадикардии		1	2		3	
Атрио-Вентрикулярная Блокада		1			2	
Сердечная недостаточность, дисфукция ЛЖ	2	3			1	
Гипертрофия левого желудочка	2		3	4	1	
Гипертрофия ЛЖ с врожденной диастолической дисфункцией	1		3	2	4	
Клапанные поражения сердца, митральный стеноз	1				2	
Митральная и аортальная недостаточность			2		1	
Пролапс митрального клапана	1					
Заболевание периф ерических артерий			2		1	
Легочная гипертензия		2	1			
ГКМП	1			2[3]		
ХНЗЛ			1		2	
Подагра	Любые, кроме диуретиков					
Заболевания печени	Все, кроме допегита					
Сахарный диабет			2		1	3
Аденома предстательной железы						1
Остеопороз		1				
Беременность	1		3			2
Пожилой возраст		2	3		1	4
Молодой возраст	1	2				
Курение		3	1		4	2

** цифры в таблице означают порядок назначения препаратов по степени их значимости для каждого конкретного случая*

[1] ДГП – дигидропиридины (нифидипин, амлодапин)

[2] Остальные – остальные антогонисты кальция (дилтиазем, верапомил)

[3] Верапомил

Табл. 6.6 Применение основных групп гипотензивных препаратов

Диуретики			
		Противопоказания	
Основные показания	Побочные эффекты	Абсолютные	Относительные
1. Пожилой возраст 2. Большое употребление соли 3. Ожирение 4. Брадикардия 5. Почечная недостаточность 6. СН 7. Выбор недорогой терапии	1. Не снижают ОПСС 2. Отрицательно влияют на липидный, пуриновый обмен 3. Диабетогенное действие 4. Усиливают гипертрофию ЛЖ	1. Гиперлипидемия 2. Подагра	Сахарный диабет
Схема применения 1) Гипотиазид. Начальная доза 25-50 мг, при отсутствии эффекта – на 3-4й неделе – присоединение 2го препарата. 2) Бринальдикс. Начальная доза 10-20 мг в день, максимальная доза до 60 мг. Максимальный эффект наступает на 3-8 день. 3) Арифон. Начальная доза 1,25-2,5 мг, максимальная доза – 5 мг. Эффект наступает после 1-2 недель лечения. При отсутствии эффекта через 2 недели последовательно присоединить β-блокатор, ингибитор АПФ, метилдопу. 4) Фуросемид – применяется для купирования гипертонических кризов, при отечном синдроме, почечной недостаточности. Суточная доза до 240 мг.			

β-адреноблокаторы			
Основные показания	Побочные эффекты	Противопоказания	
		Абсолютные	Относительные
1. ИБС 2. Синусовая тахикардия 3. Молодой возраст 4. Отсутствие ожирения 5. Гипертензия беременных 6. Признаки гипертрофии ЛЖ с диастолической дисфункцией	1. Развитие брадикардии и А–В блокады 2. Бронхообструкция 3. Отрицательное влияние на липидный обмен, угнетение выработки инсулина или усугубление гипо-гликемии на фоне лечения инсулином 4. Депрессивный синдром	1. Бронхо-спастические состояния 2. Депрессия 3. Брадикардия и А–В блокада 4. Сердечная недостаточность	1. Сахарный диабет 2. Атеросклероз сосудов нижних конечностей 3. Почечная недостаточность

Схема применения

Кардиоселективные (предпочтительнее)

1) Атенолол (тенормин, атенобен). Таблетки – 50 и 100 мг. Суточная доза 25 – 400 мг. Принимать 1-2 раза в сутки

2) Метапролол. Таблетки – 50 и 100 мг. Суточная доза 100-400 мг. Принимать 2-3 раза в день

3) Бетаксолол (локрен). Таблетки – 20 мг. Суточная доза 10-20 мг. Прием 1 раз в сутки

Некардиоселективные

1) Анаприлин (обзидан, пропранолол). Таблетки 10 и 40 мг. Суточная доза 80 – 480 мг. Побочные эффекты – угнетение выработки инсулина или усугубление гипогликемии на фоне лечения инсулином, депрессивный синдром. При подборе возможно увеличение дозы на 20 мг каждые 3-5 дней

2) Тразикор. Таблетки – 20 мг. Суточная доза – 40-240 мг

3) Надолол (коргард) Таблетки – 40 и 80 мг. 40-240 мг 1раз в сутки. Средняя суточная доза 120 мг.

При отсутствии эффекта через 2 недели присоединить диуретики, а-блокаторы

При наличии побочных эффектов сменить класс препарата (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики)

Антагонисты кальция			
		Противопоказания	
Основные показания	Побочные эффекты	Абсолютные	Относительные
1. ИБС 2. Необходимость экстренного снижения АД 3. Синдром Рейна 4. Сахарный диабет 5. Бронхиальная астма 6. Пожилой возраст	1. Синусовая тахикардия 2. Расширение вен и отеки стоп 3. Гинекомастия 4. Головная боль 5. Отрицательный инотропный эффект	1. Тахикардия 2. Варикозное расширение вен нижних конечностей.	

Схема применения

Антагонисты кальция первого поколения*

1) Нифедипин. Таблетки – 10 и 20 мг. Начальная доза 10-20 мг. Прием 3 раза в сутки. Максимальная доза 40 мг. Прием 3 раза в сутки (120 мг).

2) Верапамил. Таблетки 40 и 80мг. Суточная доза 160-480 мг. Вызывает урежение пульса, отрицательный инотропный эффект

3) Дилтиазем. Таблетки – 30, 60, 90 и 120 мг. Суточная доза 120-360 мг. Прием 1-2 раза в сутки

Антагонисты кальция второго поколения

Основные преимущества: пролонгированность действия, постепенное развитие гипотензивного эффекта

1) Исрадипин (ломир). Таблетки 2,5 мг и 5 мг, капсулы– 2,5 мг. 2 раза в сутки, через 2-4 недели. Возможно увеличение дозы до 5 мг 2 раза. Максимальная доза 20 мг, оптимальная 10 мг

2) Амлодопин (норваск). Таблетки 2,5 мг, 5 мг и 10 мг. Прием по 5 мг 1 раз в день, через 7-14 дней доза может быть увеличена до 10 мг.

* Для всех препаратов – рекомендация применять натощак

1) Ингибиторы фермента, конвертирующего ангиотензина (ИФКА)

2) Ингибиторы рецепторов ангиотензина II

Основные показания	Побочные эффекты	Противопоказания	
		Абсолютные	Относительные
1. Сахарный диабет 2. Улучшают диастолическую функцию левого желудочка, уменьшают степень его гипертрофии 3. СН 4. Синдром Рейно 5. ХПН	1. Ухудшение функции почек. 2. Гиперкалиемия 3. Кашель 4. Отеки конечностей и слизистых	Бронхообстру–ктивный синдром	Почечная недостаточность

1) Ингибиторы фермента, конвертирующего ангиотензина (ИФКА)

Схема применения

1) Каптоприл. Таблетки 12,5, 25 и 50 мг. Начальная доза 6,25-12,5 мг. Суточная доза 75 – 450 мг. Прием 3 раза в сутки. Эффект от применения лучше при сочетании с диуретиками.

2) Эналаприл. Таблетки 2,5, 5, 10 и 20 мг. Суточная доза 5-40 мг. Прием 1-2 раза в сутки .

3) Мизиноприл. Суточная доза 10-40 мг. При ХПН доза не должна превышать 2,5 мг

4) Периндоприл (престариум). Таблетки 2 и 4 мг. Суточная доза 2-8 мг. Прием 1 раз в сутки

2) Ингибиторы рецепторов ангиотензина II

Схема применения

1) Лозартан (козаар). Таблетки 50 и 100 мг. Начальная доза 25-50 мг. Прием 1 раз в сутки. Увеличение дозы до 50 мг в сутки. В этом случае прием 2 раза в сутки. Лучше комбинировать с гипотиазидом

2) Валзартан (диован). Таблетки 80 и 160 мг. Начальная доза 80 мг/сутки. При отсутствии эффекта увеличить дозу до 160 мг в сутки

α-адреноблокаторы			
		Противопоказания	
Основные показания	Побочные эффекты	Абсолютные	Относительные
1. Аденома предстательной железы. (Доброкачественная гипертрофия простаты) 2. Пожилой возраст 3. При сопутствующей подагре 4. Сахарный диабет 5. ХПН		1. Болезни печени 2. Беременность	
Схема применения 1) Празозин (адверзутен, минипресс). Капсулы 1, 2 и 5 мг. Начальная доза 1 мг. Прием 2 раза в сутки, затем дозу медленно увеличиваем до 6-10 мг/сутки 2) Доксазозин (кардулар). Таблетки 1, 2, 4 и 8 мг. Средняя суточная доза 4-6 мг. Прием 1 раз в сутки. При недостаточности эффекта можно сочетать с b-блокаторами и диуретиками			

Для мягкой гипертензии ЦИНТ – селективный стимулятор имидазолиновых рецепторов			
		Противопоказания	
Основные показания	Побочные эффекты	Абсолютные	Относительные
1. Нарушения липидного обмена, ожирение 2. Сахарный диабет 3. ИБС 4. Бронхиальная астма	Не изучены	1. СССУ 2. А-В блокада 3. Брадикардия 4. Нестабильная стенокардия 5. СН 3 степени 6. ХПН	
Схема применения Начальная доза 200 мг в сутки. Прием 1 раз утром. Максимальная доза 600 мг, прием 2 раза в сутки			

Для купирования кризов **Центральные симпатомиметики**			
		Противопоказания	
Основные показания	Побочные эффекты	Абсолютные	Относительные
1. Гипертонические кризы 2. Выбор недорогой терапии	1. Депрессия 2. Снижение потенции	1. Выраженный атеросклероз сосудов головного мозга 2. Депрессия 3. Профессии, требующие быстрой реакции	
Клонидин (клофелин, гемитон, катапресон) **Схема применения** Начальная доза 0,15 мг в сутки. Увеличение дозы каждые 2-3 дня. Средняя суточная доза 0,3-0,45 мг. Рационально сочетать с диуретиками. Тактика отмены: медленно уменьшать дозу в течение 3-4 дней.			

6.5.4 Критерии перехода к динамическому наблюдению

Критерии перехода к постоянному динамическому наблюдению – устойчивая нормализация давления при подобранной схеме лечения.

6.6 Динамическое наблюдение больных АГ

6.6.1 Цель и ожидаемые результаты этапа

Основной целью данного этапа является постоянный контроль уровня АД и состояния пациента, ранняя диагностика и выявление осложнений АД.

6.6.2 Обеспечение этапа

Ресурсное обеспечение – прибор для измерения давления, электрокардиограф. Необходимо обеспечить доступность указанного оборудования во время, приемлемое для пациентов.

6.6.3 Алгоритм осуществления динамического наблюдения

Мониторинг состояния пациентов с выявленной АГ представляется одной из важных составных частей терапии. Возможны несколько вариантов проведения мониторинга состояния больных: посещение врача или самостоятельное измерение давления с передачей информации врачу общей практики. Особенно важно динамическое наблюдение во время подбора и при смене схемы лечения.

Динамическое наблюдение в зависимости от стадии АГ.

<u>АГ пограничная:</u>

При впервые выявленной АГ наблюдение ежемесячно в течение 6 месяцев.

В дальнейшем наблюдение 2 –3 раза в год и обследования для исключения поражения органов – мишеней. При нормальном давлении в течении 6 месяцев пациент практически здоров.

АГ мягкая (АД систолическое. 140 – 159, диастолическое 90 – 99)

В период подбора медикаментозной терапии, наблюдение 1 раз в 2 недели.

В дальнейшем – 3 – 4 раза в год при условии нормализации АД до 140/90.

АГ умеренная (САД 160-179, ДАД 100-109)

В период подбора медикаментозной терапии, наблюдение 1 раз в 2 недели в течение месяца. В дальнейшем наблюдение 1 раз в 3 месяца.

АГ тяжелая (САД более 180, ДАД более 110)

Подбор лечения в течение недели, далее 1 раз в две недели до стабилизации АД. В дальнейшем наблюдение 1 раз в два месяца.

АГ у пожилых:

Наблюдение с учетом всех сопутствующих заболеваний.

6.6.4 Критерии госпитализации

1. Некорригируемая АГ в амбулаторных условиях.
2. Кризы
3. Развитие осложнений
4. Сопутствующие заболевания

Приложение 1. Контрольная карта наблюдения больного с артериальной гипертензией (АГ)

Тульская область; район, город _____ , ЛПУ _____ ,

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (АГ)

ФИО _____ № _____

Дата рождения _____ Пол: м/ж. Адрес _____

Тел. дом. _____ , служ. _____ Место работы _____

I. Дата открытия карты _____ **II. Льготы по приобретению лекарств** _____

III. Диагнозы:	**Код по МКБ-10**	**Дата установления**	**Установлен впервые в жизни (+/-)**

IV. Прохождение Программы укрепления здоровья (дата) _____

V. Выполнение рекомендаций по немедикаментозному лечению:

Фактор риска	**Наличие (+/-)**	**Дата избавления от фактора риска**
Избыточная масса -тела		
Курение		
Гиподинамия		
Избыток соли в пище		
Злоупотребление алкоголем		

VI. Динамика состояния больного АГ:

Состояние	**Даты**
Нормализация АД	
Гипертонический криз	
Инсульт	
Инфаркт	
Инвалидность (группа)	

VII. Госпитализации по причине АГ и ее осложнений:

Причина госпитализации	Даты (период)

VIII. Снятие с диспансерного наблюдения (причина, дата)

IX. ФИО лечащего врача	**Период наблюдения больного**		**Подпись врача**
	С	**по**	

X. Наблюдение больного АГ:

Дата визита	**АД**	**Назначения**		**Комментарии**
		медикаментозного лечения	**обследования**	